

RICHIESTA AMMISSIONE AL SEMICONVITTO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.A.S "C. GALLINI"
VOGHERA (PV)

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____
iscritto alla classe _____ sez. _____

CHIEDE

che il proprio figlio venga ammesso al Semiconvitto per l'anno scolastico 20____/20_____.

S'IMPEGNA

a pagare la retta (**pari a Euro 1000,00 - mille/00**) con il sistema di pagamenti elettronici pagoPA, accedendo all'area riservata del registro elettronico (sezione "servizi alunno" tasse), come da modalità sotto indicate

RETTA ANNUALE	IMPORTI DA VERSARE	VERSAMENTI	SCADENZE
€ 1000,00	€ 500,00	1° versamento	27 SETTEMBRE
	€ 500,00	2° versamento	27 GENNAIO

Data _____ firma del genitore _____

Comune di residenza _____ CAP _____ Prov. _____

Via-Fraz-Cascina _____ n. _____

Tel. _____ Cellulare _____

e-mail _____

Data _____

- Accolta
 Non accolta _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Silvana Bassi
